麻醉共享数据库平台

参与单位协议书

甲方：麻醉共享数据库平台

乙方：

 单位名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 单位地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 授权代表：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

为响应国家科教兴国战略和相关政策，促进麻醉领域科技创新，将科研成果尽快地转化为生产力，加快麻醉领域业务发展，本单位自愿加入麻醉共享数据库平台并遵循平台章程，履行章程规定的责任、义务，以及享受对应的权利。

甲方：麻醉共享数据库平台 乙方：

授权代表： 授权代表：

日期： 年 月 日 日期： 年 月 日